

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

178

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Max SIMONNET

Né à Rouen, le 18 janvier 1906

QUINZE CAS DE GOITRES
DYSPNÉISANTS

Président : M. P. SÉBILEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Max SIMONNET

Né à Rouen, le 18 janvier 1906

QUINZE CAS DE GOITRES
DYSPNÉISANTS

Président : M. P. SÉBILEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique,
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET. Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. . Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.
 BASSET. . . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire		
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA GRAND'MÈRE

En remerciement du dévouement qu'elle m'a toujours témoigné.

A TOUS CEUX DES MIENS QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SÉBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse. Qu'il
reçoive l'hommage de notre recon-
naissance et de toute notre grati-
tude pour les conseils et les encou-
ragements qu'il nous a toujours si
généreusement prodigués.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

QUINZE CAS DE GOITRES DYSPPNÉISANTS

INTRODUCTION

Pendant l'année passée à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine de Paris dans le service de notre Maître, M. le Professeur Sebileau, nous avons vu les malades porteurs de goitres se présenter en grand nombre. La plupart avaient supporté avec calme et résignation leur infirmité, existant souvent depuis l'enfance. Mais brusquement leur attention avait été éveillée par l'apparition du trouble fonctionnel qu'on observe le plus fréquemment dans le goitre, c'est-à-dire par la dyspnée, souvent peu accentuée au moment où ils consultaient pour la première fois. Et c'était presque toujours là le symptôme qui les décidait à subir l'intervention.

Nous avons eu alors la bonne fortune d'observer un cas de goitre véritablement suffocant, le malade se présentant asphyxié, et devant subir l'opération d'urgence.

Nous nous sommes rendu compte, que c'était là l'avenir réservé à ceux qui se plaignaient d'une légère dyspnée, et à plus forte raison à ceux qui

avaient déjà souffert d'accès de suffocation. Nous avons alors compris combien l'opération du goitre pratiquée lorsqu'il est encore petit, et qu'il n'a déterminé aucun trouble fonctionnel était une opération de prévoyance. C'est pourquoi nous avons cru devoir consacrer à l'étude du goitre dyspnéisant et à son traitement les quelques pages de notre thèse.

Après avoir défini le goitre dyspnéisant et le goitre asphyxiant, nous étudierons d'abord la cause des troubles respiratoires, et ensuite les lésions anatomiques de voisinage. Nous exposerons les signes cliniques et le diagnostic, pour passer enfin au pronostic et au traitement de l'affection.

La dernière observation, un cas de goitre kystique ayant amené une mort rapide par asphyxie a été recueillie lorsque nous étions à Amiens dans le service de M. le D^r Hautefeuille. Les quatorze autres sont publiées grâce à la bienveillance de notre excellent Maître, M. le Professeur Sebileau, qui a bien voulu mettre à notre disposition les archives de son service. Qu'il reçoive donc ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous remercions également notre ami, le D^r Pillières, assistant du service pour les renseignements et les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

DÉFINITION

CAUSES DES ACCIDENTS DYSPNÉIQUES ET ASPHYXIQUES.

Un goitre devient dyspnéisant lorsqu'apparaissent des troubles respiratoires plus ou moins accentués, intermittents d'abord et permanents ensuite, qui priment les autres symptômes, et en particulier les symptômes fonctionnels. Un goitre sera asphyxiant lorsque la suffocation intense du malade goitreux le voue à une mort certaine et dramatique; elle surviendra brusquement ou du moins en quelques minutes.

Ces deux termes représentent du reste le même goitre à une période différente de son évolution clinique.

Recherchons maintenant la pathogénie de ces accidents dyspnéiques et asphyxiques. Le siège du goitre a une influence certaine dans la genèse des troubles respiratoires, en particulier l'existence de productions pathologiques rétro-sternales. Ces goitres en dedans partent de la partie postérieure des lobes du corps thyroïde, ou de l'isthme; sont repoussés par les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, se développent en bas et en arrière, entrent en contact immédiat avec la trachée et la compriment.

Certains goitres infiltrés entre la trachée et l'œsophage que Chaboureau a étudiés sous le nom de goitres constricteurs avec compression annulaire de la trachée peuvent produire la dyspnée et l'asphyxie. La tumeur née aux dépens des lobes latéraux se développe et s'insinue entre l'œsophage et la trachée, qu'elle comprime comme dans un cerceau inextensible.

Les accidents dyspnéiques peuvent être une conséquence mécanique du développement excessif du volume du goitre agissant sur la trachée. Cependant assez souvent ces énormes tumeurs s'énucléent en avant et pendent au-devant du cou formant un véritable goitre en sonnaïlle qui ne gênera en rien la respiration du malade, car l'appareil musculaire ayant été effondré la tumeur a pu s'extérioriser. Nous opposerons à cette forme, certains goitres petits extérieurement, et qui sont cependant très dyspnéisants, car les muscles sous-hyoïdiens sont intacts, brident la tumeur et s'opposent à son expansion en avant. Elle se développera donc en arrière vers la trachée qu'elle comprimera. Ferrus avait remarqué ce fait puisqu'il a écrit dans son article du *Dictionnaire* en trente volumes : « Il est vraiment curieux de voir de petits goitres causer des accidents bien plus redoutables que les goitres les plus volumineux ».

Il n'en reste pas moins vrai que le volume excessif du goitre a une influence certaine dans la pathogénie des accidents dyspnéiques et asphyxiques.

Il en est de même des caractères anatomiques de la tumeur. Certains gros goitres fibreux formés de noyaux fermes et parfois même très durs qui tranchent par leur consistance sur la mollesse du parenchyme glandulaire resté sain arrivent à comprimer la trachée par leur inélasticité. La calcification qu'on observe dans de vieux kystes thyroïdiens et dans le goitre fibreux peut agir sur l'arbre aérien. De même l'ossification véritable de la tumeur qu'il est heureusement très rare de rencontrer.

Enfin les complications apparaissant éventuellement au cours de l'évolution d'un goitre peuvent devenir une cause de dyspnée et d'asphyxie. Une poussée de strumite suppurée ou non suppurée pourra transformer une tumeur évoluant normalement en goitre dyspnéisant. Une poussée d'hyper-sécrétion dans un kyste thyroïdien à contenu franchement liquide agira de même. Citons également l'influence possible d'une poussée de kystite suppurée. Mais avant tout et surtout l'hémorragie interstitielle observée dans toutes les variétés de goitres, avec cependant une particulière fréquence dans les kystes sera capable de doubler le volume de la tumeur et l'empêchera de se mouler sur les parties voisines qu'elle comprimera. Par suite la dyspnée apparaîtra brusquement, ou si elle existait déjà elle augmentera et pourra aboutir à l'asphyxie goitreuse.

Nous voyons donc que ce n'est pas seulement le volume et le siège d'un goitre qui sont la cause des

troubles respiratoires qu'il engendre, mais encore et surtout sa nature et les complications survenant pendant son évolution. Plus il deviendra dur et tendu, gêné et bridé dans son développement, plus il produira ces accidents.

LÉSIONS ANATOMIQUES

Il n'existe pas dans le goitre dyspnéisant de lésions anatomiques au sens propre du mot. Le caractère dyspnéisant ou asphyxiant est fait de l'exagération momentanée ou définitive de l'un ou de plusieurs des caractères anatomiques appartenant au goitre normal. Cependant le fait pour un goitre, de quelque variété qu'il soit, d'être dyspnéisant chronique comporte un certain nombre de lésions trachéales décrites depuis longtemps. Bonnet et Philippeaux ont les premiers mis en lumière les altérations de l'arbre aérien. La trachée, lorsqu'un goitre est unilatéral, pourra être refoulée à droite ou à gauche, subissant alors une véritable scoliose sans diminution de sa lumière. Mais il est plus fréquent de rencontrer dans le goitre dyspnéisant ancien un aplatissement dans le sens transversal causé par la compression s'exerçant d'avant en arrière. La trachée peut être refoulée dans le sens oblique ovulaire lorsqu'elle est comprimée latéralement ; elle prendra alors une forme triangulaire. L'aplatissement bilatéral très prononcé a fait comparer l'arbre aérien à un fourreau de sabre (Demme). Ces déviations et aplatissements s'accompagnent d'une diminution du calibre de la trachée. Le siège de ces

rétrécissements varie avec la nature de la déformation qui leur a donné naissance. Si l'on a affaire à un goitre rétro-sternal le maximum de la sténose siège au niveau du manubrium sternal ou de l'extrémité interne de la clavicule. En cas de constriction latérale ou bilatérale la diminution de calibre est maximum en un point situé un peu au-dessus du sternum. S'agit-il d'une inflexion, le point rétréci se rencontre juste au-dessous du cartilage cricoïde.

Mais ces rétrécissements s'accompagnent de lésions de la trachée. Lorsqu'elle est ainsi comprimée et refoulée sa muqueuse présente de l'œdème et une coloration rouge ou même bleuâtre. Rose a constaté dans certains cas de compression ancienne une dégénérescence graisseuse des arceaux cartilagineux. Le ramolissement est parfois tellement intense que la trachée n'a même plus la consistance d'un tube de caoutchouc. Elle devient un véritable ruban susceptible d'être tordu, roulé, plié sans la moindre difficulté.

Ces lésions de l'arbre aérien associées au goitre dyspnéisant chronique nous donnent la clef des accidents redoutables qui peuvent toujours survenir au cours de l'évolution de ce dernier.

ÉTUDE CLINIQUE DU GOITRE DYSPNÉISANT CHRONIQUE ET DU GOITRE ASPHYXIAN

Passons maintenant à l'étude des symptômes respiratoires observés dans le goitre dyspnéisant chronique. Leur début est souvent lent, insidieux et progressif. Une légère oppression se manifeste lorsque le malade fait un gros effort, lorsqu'il marche très vite ou qu'il monte un escalier. Il s'essouffle plus vite qu'auparavant, et reprend haleine plus difficilement. L'essoufflement survient ensuite à l'occasion d'un petit effort. A ce moment la vie habituelle du malade commence à être entravée. Un degré de plus, et la dyspnée continue fait son apparition, existant même au repos, et s'exagérant lors de la flexion ou de l'extension de la tête. Elle pourra s'accompagner de cornage, qu'on observe toutes les fois qu'un rétrécissement assez prononcé du conduit laryngo-trachéal permet à l'air d'entrer en vibration. Une toux rauque, sourde, viendra s'ajouter au tableau. Le malade appréhendera de se coucher la nuit dans le décubitus dorsal, car cette position accentue sa gêne respiratoire. Il reposera mal, assis sur son séant ou dans un fauteuil, craignant toujours l'apparition d'une crise brusque de suffocation.

A ce moment nous serons en présence d'un malade fatigué par l'insomnie nocturne, anémié par une véritable carence respiratoire qui entrave son hématoze ; il s'achemine petit à petit vers la cachexie.

La dyspnée habituelle des goitreux peut réagir à la longue sur le cœur et les poumons. Les variations du calibre de l'arbre aérien entraînent des lésions de l'appareil pulmonaire, emphysème, catarrhe chronique, atélectasie partielle du poumon. Le cœur droit est en général dilaté et en dégénérescence graisseuse chez les vieux goitreux dyspnéiques.

Le goitre dyspnésiant agit non seulement sur la trachée mais quelquefois aussi sur le nerf récurrent. Au degré le plus léger l'examen laryngoscopique révèle une paresse de l'une des cordes vocales. Le larynx peut se trouver refoulé latéralement et les rapports des cordes sont modifiés. La colonne d'air ne les fait plus se rapprocher exactement comme à l'état normal, de là certaines différences de timbre souvent observées. Plus rarement on se trouve en présence d'une véritable paralysie avec corde en position cadavérique produisant la bitonalité de la voix. Si la paralysie est bilatérale l'aphonie s'installe. Enfin on peut constater la paralysie isolée des muscles dilatateurs de la glotte : les cordes sont en adduction et la dyspnée est intense.

Mais l'évolution de ce goitre dyspnésiant chronique pourra subitement être interrompue par l'apparition d'accidents respiratoires aigus, drama-

tiques. Pendant son sommeil le malade sera réveillé par une crise de suffocation intense. Son faciès deviendra congestionné, vultueux, puis cyanotique, il se plaindra de céphalée, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges. L'asphyxie sera menaçante et elle emportera le goitreux en quelques minutes. C'est là le tableau du goitre asphyxiant aigu.

Nous voyons donc l'importance de l'apparition des troubles respiratoires au cours de l'évolution d'un goitre. Ils peuvent emporter brusquement le malade par suffocation rapide ou le tuer lentement par obstacle progressif à l'hématose.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du goitre dyspnéisant, surtout lorsqu'il est cervical, est en général facile à faire. Sa situation et ses rapports avec le larynx et la trachée dont il suit les mouvements pendant la déglutition permettent de le reconnaître. Mais une fois le diagnostic de goitre établi il faudra rechercher la cause qui a fait de cette tumeur évoluant normalement un goitre dyspnéisant. On devra donc s'entourer de renseignements cliniques obtenus tout d'abord par l'examen extérieur du goitre. La présence d'une tumeur accessible à la palpation et s'enfonçant derrière le sternum sans qu'on puisse en reconnaître la limite inférieure fera porter le diagnostic de goitre rétrosternal, ce qui expliquera l'existence des troubles respiratoires. L'augmentation très rapide de volume d'une tumeur cervicale, molle auparavant et devenant très dure fera soupçonner la production d'une hémorragie interstitielle survenue à l'intérieur d'une formation kystique.

L'examen laryngoscopique qui devra être toujours pratiqué donnera d'utiles renseignements. Il pourra montrer une parésie récurrentielle avec corde en position cadavérique ou la paralysie isolée des muscles dilatateurs de la glotte qui se traduit

par l'adduction complète des cordes vocales.

Enfin la trachéoscopie permettra de constater les modifications de forme et de calibre de la trachée, son aplatissement, ses déviations, l'œdème de sa muqueuse, et quelquefois en cas de tumeur maligne éventuelle la saillie ulcérée ou non ulcérée de la tumeur ou du goitre dans sa lumière.

En pratiquant méthodiquement ces examens on arrivera toujours à découvrir l'agent causal de la dyspnée.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le goitre asphyxiant n'étant qu'un accident aigu survenant au cours de l'évolution d'un goitre dyspnéisant chronique, ce dernier doit conduire au traitement d'exérèse. En cas d'asphyxie tout à fait menaçante on aura recours à une thérapeutique de nécessité urgente s'attaquant non nécessairement au goitre mais à celle de ses lésions qui constitue le phénomène respiratoire. On pourra à la rigueur, surtout si l'on se trouve dans un milieu où il n'y a pas d'appareil trachéoscopique, pratiquer l'incision d'un grand kyste en état de suppuration. On pourra encore recourir à l'exothyropexie, mais c'est là une mauvaise opération à cause de la lenteur de la guérison et de la laideur de la cicatrise.

On a heureusement la possibilité presque constante de pouvoir réaliser une opération complète donnant toute satisfaction au malade ultérieurement. Le traitement du goitre asphyxiant aigu, dans un milieu pourvu de tout secours chirurgical, est l'exérèse. On aura au préalable pratiqué la trachéoscopie préopératoire qu'on maintiendra après l'intervention.

En cas de goitre dyspnéique simplement menaçant on assurera l'innocuité de l'opération d'exé-

rèse en comprenant dans les instruments un trachéoscope dont on se servira seulement si son usage s'impose.

Le goitre dyspnéisant non menaçant nécessite une intervention aussi rapide que possible, mais surtout l'acte opératoire décrit et pratiqué par notre Maître M. le Professeur Sebileau, sous le nom d'accouchement de la tumeur, et qui consiste à passer les deux index sous la masse thyrogoitreuse et à l'attirer en haut et en avant. Cette extériorisation du goitre est le temps très important de l'acte opératoire, car il fait cesser la compression trachéale, et par là même la dyspnée. On pourra ensuite procéder tranquillement et sans hâte excessive à l'exérèse de la tumeur.

Nous allons maintenant décrire l'opération telle que nous avons vu notre Maître la pratiquer.

Il fait employer comme anesthésique un mélange de chloroforme et d'éther que le malade inhale grâce à l'appareil de Delbet dénommé « pipe ». On commence par endormir le patient à la compresse et lorsque l'anesthésie est suffisante on introduit profondément la pipe jusqu'à ce que sa branche postérieure atteigne le larynx. Le bec de l'appareil sort entre les incisives. On sent alors le courant d'air respiratoire à l'orifice du tube ; on adapte le tuyau de caoutchouc qui le relie à l'appareil de Ricard et on tamponne le pharynx avec trois compresses. L'anesthésie se déroule sans aucune interruption. Cette façon de faire a l'avantage d'éloigner

l'anesthésiste du champ opératoire et de supprimer la chute en arrière de la langue et du maxillaire inférieur. Si la dyspnée trop intense du malade ne permettait pas de laisser la pipe on poursuivrait l'anesthésie à la compresse.

Après désinfection des téguments, M. le Professeur Sebileau pratique toujours une incision curviligne en U, d'une longueur proportionnelle aux dimensions de la tumeur. Nous l'avons souvent entendu insister sur la nécessité de l'incision courbe, ce procédé donnant beaucoup de jour et laissant une cicatrice aussi peu visible que possible. L'opéré ayant la tête renversée, la nuque et la région postérieure du cou reposant sur un coussin, le goitre tend à faire hernie au dehors. Il pratique alors la section des muscles de la couche moyenne. Il est nécessaire de couper les moindres fibrilles musculaires recouvrant la tumeur, car sans cette précaution le deuxième temps de l'opération deviendrait impossible. On ne doit jamais sectionner une fibre musculaire en la laissant reposer sur le corps thyroïde ; il faut toujours procéder à son soulèvement avec une pince à disséquer avant de la couper au bistouri.

L'opérateur procède alors à ce qu'il appelle l'accouchement de la tumeur. Il passe les deux index sous la masse goitreuse et l'attire en haut et en avant. Cette extériorisation se fait plus ou moins facilement. Le goitre n'est plus enclavé, il n'exerce plus de compression trachéale, et la dyspnée dis-

paraît, ou tout au moins la respiration s'améliore considérablement. Nous insistons encore sur l'importance de ce temps qui facilite singulièrement la suite de l'opération, et met le malade à l'abri des accidents asphyxiques toujours possibles au cours de l'exérèse d'un goitre dyspnéisant.

On recherche alors le premier plan conjonctif de clivage en incisant d'une main très légère la périphérie de la masse. Trois ou quatre plans conjonctifs entourent le goitre, il s'agit de trouver le premier. L'opérateur pratique ensuite l'énucléation au tampon des noyaux goitreux. Saisissant une compresse entre le pouce et l'index, il les décolle de leur capsule en appuyant fortement. Le goitre est extirpé à ce moment. S'il reste quelques noyaux dont l'exérèse serait longue, étant donné leur nombre et la petitesse de leur volume, notre Maître procède à l'ébarbement. Ce temps opératoire consiste à couper en bloc ces petites masses au moyen de ciseaux.

Il passe ensuite au capitonnage de la poche par trois points en U, et il la résèque. L'hémostase qui a été faite au cours des différents temps de l'intervention est soignée et complète.

Il détruit les adhérences existant entre l'arbre aérien et ce qui reste de l'isthme du corps thyroïde. La trachée dont le calibre est souvent très réduit pourra de la sorte se développer sans gêne dans son expansion. Lorsqu'elle aura atteint son volume normal, les troubles respiratoires auront complètement disparu.

Il suture ensuite le plan des muscles sous-hyoïdiens. Il affronte les lèvres de l'incision cutanée au moyen d'agrafes de Michel et ne draine en principe jamais. Nous l'avons vu cependant quelquefois laisser un faisceau de crin de Florence vingt-quatre heures lorsque la nécessité de cette manœuvre s'imposait.

L'intervention ainsi conduite a duré en moyenne un quart d'heure. Le malade a perdu la valeur d'une cuillerée à soupe de sang, et il sortira neuf jours après l'opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Alfred W..., âgé de 24 ans, se présente le 26 juin 1928 à Lariboisière très dyspnéique. Il est porteur d'un énorme goitre occupant toute la région antérieure et latérale du cou.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. Le malade avait 15 ans lorsqu'il a découvert l'existence d'une légère tuméfaction occupant le côté droit de son cou. Accroissement lent mais régulier, le lobe gauche et le lobe médian se prennent à leur tour. Depuis deux ans la masse grossit dans de notables proportions et les troubles fonctionnels font leur apparition. Le malade souffre d'abord d'essoufflement lorsqu'il monte un escalier, qu'il fait un effort. Une dyspnée légère et intermittente s'installe. Elle s'accroît, devient permanente, et atteint l'intensité qu'elle présente lors de l'entrée du malade.

A l'examen on constate l'existence d'un très volumineux goitre diffus occupant les deux lobes latéraux du corps thyroïde et le lobe médian. L'isthme hypertrophié s'étend jusqu'à la fourchette sternale et paraît plonger sous elle. La peau est mobile sur la masse ; elle est sillonnée de veines hypertrophiées. Consistance uniformément rénitente.

Une trachéoscopie révèle la déviation, l'aplatissement et

le rétrécissement de la trachée très accentués. Le cas est pressant et Alfred W... est opéré d'urgence.

Compte rendu opératoire. — Après incision de la peau et du plan des muscles sous-hyoïdiens droits, on pratique l'accouchement d'une volumineuse masse goitreuse droite ; la respiration du malade s'améliore considérablement. On procède à une hémithyroïdectomie sous-capsulaire. La décapsulation se poursuit très aisément sans hémorragie, car les vaisseaux sont saisis au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Comme l'état assez précaire du malade comporte des mesures de prudence, on décide de remettre à une deuxième séance l'ablation de la masse thyro-goitreuse gauche et de l'isthme.

L'acte opératoire a d'ailleurs été très simple, il s'est déroulé avec une perte de sang minime. Poids de la masse : 745 gr.

Le 7 juillet 1928, on procède à une seconde intervention. Une longue incision sur le côté gauche du cou, sans continuité avec la cicatrice droite permet d'aborder la tumeur. On la sépare des plans musculo-conjonctifs qui forment au-dessus d'elle une surface continue facile à disséquer.

On accouche la masse. La respiration du malade qui était encore un peu gênée ne l'est plus du tout.

La décapsulation au tampon s'opère sans la moindre difficulté. On sacrifie une partie de l'isthme qui est extirpée par ébarbement. Il reste après l'opération une petite portion de corps thyroïde sain représentant le bord supérieur de l'isthme et une partie attenante du lobe droit. Poids de la tumeur : 840 gr.

Le malade sort guéri le 12 juillet.

Pathogénie des accidents asphyxiques. — Ils étaient dus au volume même de la tumeur qui aplattissait la trachée transversalement.

OBSERVATION II

Berthe B..., âgée de 52 ans, originaire de Balan (Ardennes), vient consulter à Lariboisière le 4 janvier 1930. Elle se plaint de phénomènes dyspnéiques très marqués.

L'examen révèle l'existence d'un petit goitre.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Il y a un mois que la malade a constaté la présence d'une légère tuméfaction occupant la partie latérale droite de son cou. En même temps elle a souffert de dyspnée continue et immédiatement intense. Des crises d'étouffement surviennent au cours de la nuit, accompagnées de cornage. Tirage à l'état de repos. A l'examen on est frappé par l'existence d'une véritable carence respiratoire. Une masse thyrogoitreuse du volume d'une mandarine occupe le lobe thyroïdien droit, elle pousse un prolongement rétroclaviculaire. Elle est sphérique, rénitente, fluctuante. Il s'agit d'un goitre kystique en partie médiastinal.

L'examen du cœur et des poumons de la malade ne révèle rien d'anormal.

Berthe B... est opérée le 7 janvier 1930.

Compte rendu opératoire. — Les phénomènes dyspnéiques ne sont pas tellement accusés au moment où l'on va commencer l'anesthésie qu'il faille faire le cathétérisme intratrachéal, cependant l'appareil est prêt.

Incision curviligne. Section du plan des muscles sous-

hyoïdiens. En coupant la couche périphérique la tumeur très tendue est ouverte, ce qui empêche de procéder à l'enucléation habituelle ; on la pratique cependant assez facilement, mais elle n'a pas le caractère proche de celle que l'on fait habituellement ; aussi n'y a-t-il pas à capitonner la poche. On lie simplement une portion pédiculaire qui reliait le lobe droit.

Le lobe gauche est parfaitement sain.

On réunit par quelques points de suture la portion restante du lobe droit avec le lobe gauche. Pas de drainage malgré la rupture de la poche.

Les phénomènes dyspnéiques peu marqués pendant l'intervention cessent dès que le goitre a été extériorisé, à plus forte raison dès qu'il est rompu.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils sont dus à la situation de la tumeur en partie médiastinale. La malade a eu connaissance de son affection au moment où se sont produites des crises d'étouffement, provoquées par la compression latérale de la trachée due à une brusque augmentation de volume du goitre en rapport avec une hémorragie ou une infection intrakystique.

OBSERVATION III

Marguerite F..., 36 ans, née à Elbeuf, mariée et sans enfants, entre à Lariboisière le 20 novembre 1929, pour un goitre occasionnant une dyspnée intense.

Les antécédents héréditaires de la malade sont lourdement chargés. Sa mère et sa grand'mère qui avaient un goitre sont mortes étouffées à 48 ans. Il en est de même pour une de

ses tantes. Sa cousine germaine âgée de 43 ans, goitreuse elle aussi, souffre d'accès de dyspnée.

Marguerite F... avait 13 ans lorsqu'elle s'est aperçue d'une légère augmentation de volume de son cou. En 1917, à l'âge de 24 ans, accroissement notable du goitre.

Depuis trois ans tout travail lui est interdit, la dyspnée étant continue. Chaque mouvement un peu violent provoque une crise de suffocation. Elle passe la plus grande partie de son temps assise dans son lit.

L'examen révèle l'existence d'une tumeur constituée par un lobe droit de la grosseur d'une orange volumineux surtout à sa partie inférieure, débordant en arrière sur la région jugulaire. Consistance rénitente. Le lobe gauche moins gros que le droit présente 2 noyaux du volume d'un petit œuf de poule chacun. Consistance plus dure qu'à droite.

Les poumons et le cœur de la malade sont normaux.

Elle est opérée le 26 novembre 1929.

Compte rendu opératoire. — Les deux lobes thyroïdiens sont en dégénérescence complète colloïdale kystique. Les deux pôles inférieurs très volumineux plongent dans le médiastin en passant derrière la trachée.

L'accouchement du lobe thyroïdien droit amène une amélioration appréciable dans la respiration de la malade. Il est enlevé par décapsulation périphérique. L'accouchement du lobe gauche rend à la malade une respiration normale. Les deux gros noyaux de l'extrémité inférieure sont énucléés, puis le reste de la masse est ouvert et ébarbé. Quelques points de capitonnage reforment le corps thyroïde gauche.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — La dyspnée continue était due à l'aplatissement trachéal provoqué par

la situation en partie médiastinale du goitre, et son développement en arrière de la trachée. Les accidents congestifs trachéo-bronchiques engendrent un œdème de la muqueuse et de la sous-muqueuse, d'où résulte une crise de dyspnée paroxystique.

OBSERVATION IV

Anna J..., âgée de 19 ans, originaire du Jura, entre salle Winslow le 18 octobre 1912. Elle est atteinte d'un goitre dyspnéisant.

Elle avait 13 ans lorsqu'elle constata l'existence d'une petite tumeur occupant la partie antéro-inférieure du cou. Cette tumeur peu apparente et indolore la gênait, lorsqu'elle faisait un effort, qu'elle marchait vite ou qu'elle montait un escalier. Elle était alors très rapidement essouffée. Elle n'a jamais pu courir comme les autres enfants, sa respiration lui manquant complètement.

Cet état dura jusqu'à l'âge de 19 ans. Le traitement ioduré n'apportait qu'une amélioration passagère, disparaissant lorsqu'on cessait la thérapeutique. Vers la fin de septembre la tumeur augmenta progressivement de volume, gênant continuellement la malade dans sa respiration. Deux fois Anna J... eut des crises de dyspnée paroxystique avec cor-nage et cyanose intense du visage. Sur le conseil de son médecin elle vient consulter à Lariboisière, sa dyspnée permanente lui interdisant tout travail.

Actuellement la tumeur occupe la partie antérieure et inférieure du cou, commençant immédiatement au-dessus de la fourchette sternale et adhérant aux plans profonds. La partie la plus saillante, du volume d'une orange, occupe la

partie inférieure du lobe droit dépassant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Consistance rénitente avec plusieurs noyaux durs dans la totalité de la masse. Le lobe gauche, du volume d'une mandarine, donne l'impression d'être formé de multiples petits noyaux de consistance rénitente.

Anna J. est opérée le 29 octobre.

Compte rendu opératoire. — Après incision et section des muscles sous-hyôidiens on met à nu une masse thyroïdienne nettement divisée en deux lobes.

On l'accouche assez facilement. La respiration de la malade présente à ce moment une notable amélioration.

La masse entière de la tumeur, aussi bien à droite qu'à gauche, est formée d'un tissu friable infiltré de matière gélatineuse, contenant d'innombrables petits kystes très durs. On la résèque en entier.

Après l'opération la respiration de la malade devient tout à fait normale, la dyspnée disparaît complètement.

Elle sort guérie le 8 novembre 1912.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — La dyspnée était provoquée par le nombre et la consistance très dure de ces petits kystes thyroïdiens. L'augmentation de volume de l'un d'eux en rapport avec une hémorragie ou une infection intrakystique aggravait les accidents respiratoires.

OBSERVATION V

Maria J..., auvergnate, âgée de 39 ans, entre le 23 septembre 1909 salle Riolan pour un goitre s'accompagnant de dyspnée continue.

Elle avait 18 ans lorsqu'elle s'est aperçue de l'existence d'une légère tuméfaction devant son cou. Développement lent et continu. Depuis deux ans notable augmentation de volume. Apparition d'essoufflement marqué lorsque la malade fait un effort. Depuis six mois la dyspnée est continue, intense, accompagnée de cornage.

A l'examen on constate à la partie antéro-inférieure du cou une tumeur du volume d'une orange empiétant à gauche. Le creux sus sternal est effacé. La tumeur est lisse, arrondie, très dure.

Maria J... est opérée le 30 septembre 1909.

Compte rendu opératoire. — Incision courbe, section des muscles sous-hyoïdiens.

L'accouchement de la tumeur occupant le lobe thyroïdien gauche est assez difficile, car elle s'engage derrière le sternum. Amélioration complète de la respiration.

On trouve facilement le plan de clivage. Décapsulation au tampon, capitonnage et résection de la poche. Suture du plan des muscles sous-hyoïdiens, suture cutanée. Agrafes.

La malade sort guérie le 10 octobre 1909.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils sont dus à la compression de l'arbre aérien occasionnée par la situation en partie médiastinale de la tumeur.

OBSERVATION VI

Louise R..., âgée de 39 ans, entre salle Winslow, le 27 juin 1910 pour un goitre occasionnant des crises de dyspnée paroxystique. Elle a vécu dans la Haute-Saône jusqu'à 35 ans.

Depuis 4 ans, la malade note une augmentation de volume de son cou, hypertrophie thyroïdienne continue, régulièrement progressive. Depuis quelques mois, elle souffre de dyspnée continue accompagnée de cornage. Deux fois ont éclaté des crises de dyspnée paroxystique avec congestion intense de la face.

L'examen montre une hypertrophie très prononcée du corps thyroïde. Le lobe gauche, de la grosseur d'un orange, dépasse légèrement la ligne médiane en avant, et s'étend en arrière jusqu'à un demi travers de doigt du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Le bord inférieur de la tumeur descend jusqu'à la clavicule. Consistance assez dure, présentant un peu partout la même résistance. Cependant on note en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche un noyau de la grosseur d'une noix plus dur que le reste de la tumeur. Il existe un peu au-dessus un second noyau présentant la même consistance que le premier.

Louise R... est opérée le 4 juillet 1910. Compte rendu opératoire. — Incision curviligne des téguments. On récline le sterno-cléido-mastoïdien, incision des muscles sous-hyoïdiens. Accouchement de la masse thyrogoitreuse. Amélioration notable de la respiration. Enucléation du lobe gauche.

La malade sort guérie le 13 juillet.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils dépendaient de la consistance inélastique de la tumeur.

OBSERVATION VII

Augustine L..., âgée de 43 ans, originaire du Jura, entre le 10 janvier 1911, salle Winslow pour un goitre dyspnéisant.

Elle avait 19 ans lorsqu'une tuméfaction est apparue devant son cou. Etat stationnaire pendant 15 ans. Depuis 5 ans, augmentation considérable de volume, altération de la voix qui devient rauque, apparition de dyspnée continue accompagnée de cornage. Plusieurs crises de dyspnée paroxystique avec asphyxie menaçante. Augmentation de la dyspnée continue empêchant la malade de se coucher et l'obligeant à dormir dans un fauteuil.

L'examen montre l'existence d'une tumeur très volumineuse aplatie légèrement, occupant la partie médiane et latérale gauche du cou. A la palpation elle se montre formée de deux masses différentes et bien séparées, une à gauche très volumineuse, une médiane plus petite. Consistance rénitente, bosselée, irrégulière.

L'examen des poumons de la malade révèle des signes de bronchite chronique.

Augustine L... est opérée le 15 janvier 1911.

Compte rendu opératoire. — Incision demi circulaire, symétrique. On constate l'existence de 4 lobes : deux latéraux, deux médians. Accouchement de ces masses. La respiration très gênée devient normale. Enucléation sous-capulaire totale du lobe gauche. Ablation d'un nombre considérable de petits kystes occupant le lobe médian.

La malade sort guérie le 24 janvier 1911.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — La gêne respiratoire était provoquée par le volume même de la tumeur latérale gauche, et par le volume et la consistance du lobe médian kystique, qui refoulaient et comprimaient la trachée.

OBSERVATION VIII

Mélina P..., savoyarde, âgée de 32 ans, entre le 2 décembre 1912 salle Winslow pour un goitre déterminant des phénomènes dyspnéiques.

A 14 ans, légère augmentation de volume du cou de la malade l'obligeant à élargir ses cols. Accroissement lent continu. Il y a 15 mois augmentation notable de volume. De l'essoufflement apparaît à l'occasion des efforts. Altération de la voix qui devient rauque et entrecoupée. Crises nocturnes de suffocation intense avec asphyxie menaçante.

Actuellement Mélina P... présente un lobe droit du volume d'une grosse pomme, de consistance dure, tendue. La peau est mobile sur la tumeur, qui se laisse déplacer latéralement et suit les mouvements d'ascension du larynx pendant la déglutition.

Mélina P... est opérée le 19 décembre.

Compte rendu opératoire. — Incision en demi-cravate, section des muscles sous-hyoïdiens. Accouchement du goitre. La respiration de la malade devient instantanément normale.

Décapsulation au tampon, capitonnage et résection de la poche. Suture du plan des muscles sous-hyoïdiens, suture cutanée. Agrafes.

La malade sort guérie le 19 décembre 1912.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Les phénomènes respiratoires étaient occasionnés par l'augmentation de volume du kyste thyroïdien en rapport sans doute avec une poussée d'hypersécrétion ou une hémorragie interstitielle.

OBSERVATION IX

Rosalie G..., âgée de 28 ans, originaire de l'Aisne, entre salle Winslow le 23 avril 1912 pour goitre dyspnéisant.

Elle avait 12 ans lorsqu'elle remarqua au niveau de son cou une petite masse de la grosseur d'une noix. Développement lent et insidieux. Depuis deux ans essoufflement marqué qui a fait place maintenant à une dyspnée continue.

A l'examen on constate l'existence d'une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf occupant la région antérieure du cou, empiétant à droite et à gauche. Elle descend jusqu'au manubrium sternal. Consistance rénitente à gauche et très dure à droite.

Rosalie G... est opérée le 1^{er} mai 1912.

Compte rendu opératoire. — Incision courbe, section successive des plans superficiels. Accouchement de la masse. Amélioration de la respiration. On parvient assez vite à gauche sur le plan de clivage. Enucléation d'une masse du volume d'une mandarine. A droite énucléation d'une masse du volume d'une grosse noix.

La malade sort guérie le 10 mai 1912.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils étaient dus à la compression trachéale occasionnée par la situation de la masse goitreuse gauche et médiane qui descendait jusqu'au manubrium sternal. La consistance dure de la masse

droite entrain aussi pour une part dans la genèse des troubles respiratoires.

OBSERVATION X

François S. ; savoyard, âgé de 35 ans, entre le 4 juin 1913, salle Vienssens pour un goitre dyspnéisant dont il est porteur depuis l'âge de 10 ans.

Jusqu'en 1911 aucun trouble fonctionnel. A ce moment apparaît une légère modification de la voix et une dyspnée intermittente qui s'est transformée il y a un an environ en dyspnée continue. Depuis trois semaines, crises paroxysmiques.

A l'examen on constate une hypertrophie des deux lobes du corps thyroïde avec prédominance du côté droit. A la palpation on sent de chaque côté une tumeur de la grosseur d'une mandarine environ, plus grosse et plus diffuse à droite. Consistance dure, régulière.

François S... est opéré le 10 juin.

Compte rendu opératoire. — Incision curviligne. Section des muscles sous-hyoïdiens.

Accouchement de la tumeur constituée à gauche par une grosse poche kystique et à droite ainsi qu'à gauche par de petites masses thyroïdiennes dégénérées. La respiration s'améliore. Enucléation du kyste gauche. A droite dissection sous-capsulaire des lobules malades.

François S... sort guéri le 19 juin 1913.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils sont dûs à une complication survenue au cours de l'évolution de ces masses kystiques.

OBSERVATION XI

Catherine V..., 60 ans, née à Anvers, entre salle Winslow le 19 octobre 1922 pour un goitre dyspnéisant.

A 31 ans, elle s'aperçoit de l'existence d'une tuméfaction de la grosseur d'un œuf siégeant à la partie médiane du cou. Etat stationnaire. Depuis 2 ans accroissement notable. Altération de la voix qui devient rauque et entrecoupée. Essouffement à l'occasion des efforts. Il y a un an que la dyspnée continue s'est installée. Depuis six mois crises brusques de suffocation avec asphyxie menaçante.

A l'examen on est frappé par le volume énorme du cou. Lorsque la malade tourne la tête et qu'elle la baisse du côté gauche on perçoit la tumeur cervicale latérale droite. Son volume est celui d'une grosse orange, sa forme ovalaire à grosse extrémité tournée en haut à 2 travers de doigts audessous du rebord maxillaire. En bas elle s'étend jusqu'à la clavicule. Consistance rénitente. Sur la ligne médiane on sent une masse grosse comme une orange d'apparence kystique, fluctuante.

L'examen laryngoscopique révèle une paralysie récurrentielle droite.

Catherine V..., est opérée le 21 octobre 1922.

Compte rendu opératoire. — Vaste incision courbe. Accouchement de la masse. Amélioration notable de la respiration.

Extirpation de 2 volumineuses masses kystiques multilobées.

La malade sort le 29 octobre 1922. Sa voix et sa respiration sont devenues normales.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils sont occasionnés par le volume même de la tumeur comprimant la trachée. Le développement rapide des kystes, dû sans doute à une hémorragie interstitielle les a accentués.

OBSERVATION XII

Catherine G..., âgée de 49 ans, originaire de la Lorraine, entre salle Riolan le 26 juillet 1924 pour un goitre dyspnéisant.

A 30 ans une tuméfaction de la grosseur d'une noix apparaît à la base du cou. Etat stationnaire jusqu'en 1922. A ce moment la tumeur s'accroît peu à peu pour atteindre la taille actuelle.

En même temps la malade souffre d'oppression dès qu'elle fait un effort. La dyspnée continue s'installe et est assez forte pour la gêner pendant son sommeil qu'elle interrompt.

Actuellement l'examen révèle une tuméfaction thyroïdienne médiane débordant largement des deux côtés. Cette masse s'enfonce derrière le sternum. Consistance rénitente.

La trachéoscopie montre l'écrasement de la trachée.

Catherine G... est opérée le 27 juillet.

Compte rendu opératoire. — Incision courbe. Accouchement laborieux d'une volumineuse masse goitreuse kystique formée de plusieurs poches. Amélioration rapide et complète de la respiration. Enucléation.

La malade sort guérie le 5 août 1924.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils sont dus en

partie au volume du goitre, à son siège médiastinal, enfin à une complication survenue au cours de l'évolution de l'un des kystes.

OBSERVATION XIII

Gustave F..., 44 ans, originaire de Nanterre entre le 14 janvier 1923, salle Bertin pour un goitre dyspnéisant.

A 15 ans il s'aperçoit de l'existence d'une légère tuméfaction devant son cou. Accroissement lent et régulier. Il y a 2 ans il éprouva les premiers symptômes de compression de la trachée, dyspnée, cornage; phénomènes peu accusés au début, mais qui se sont accentués jusqu'au degré observé à l'entrée du malade.

Actuellement la dyspnée accompagnée de cyanose de la face est très marquée, tirage sus-sternal.

L'examen révèle l'existence d'une volumineuse masse goitreuse occupant toute la surface thyroïdienne et plongeant dans le médiastin.

Gustave F... est opéré le 20 janvier.

Compte rendu opératoire. — L'anesthésie est commencée avec la pipe de Delbet, mais avant même de pratiquer l'incision cutanée, il faut enlever le tube, car le malade respire mal, cyanose intense, dilatation pupillaire. On poursuit l'anesthésie à la compresse.

Incision des téguments et des muscles. On constate que le goitre est très plongeant. Accouchement long, difficile et laborieux du corps thyroïde. Amélioration sensible de la respiration.

Enucléation d'une volumineuse masse goitreuse.

Le malade sort guéri le 1^{er} février 1923.

Pathogénie des accidents dyspnéiques. — Ils étaient occasionnés par la compression antéro-postérieure de la trachée exercée par la partie endothoracique de la tumeur.

OBSERVATION XIV

C... Pierre, 47 ans, entre le 4 février 1931, salle Bertin pour un goitre dyspnéisant.

Il y a deux ans qu'il s'est aperçu de l'existence d'une tuméfaction devant son cou. Accroissement continu, régulier.

Dès le début apparition des symptômes respiratoires, simple essoufflement, puis dyspnée intense.

A l'examen on constate la présence d'une masse gauche unique du volume d'un œuf. Consistance rénitente. Du côté droit on sent une masse formée de noyaux multiples plus durs qu'à gauche.

Pierre C... est opéré le 6 février 1931.

Compte rendu opératoire. — Accouchement d'une masse thyro goitreuse assez volumineuse. Très légère amélioration de la respiration. Enucléation de la masse gauche.

Enucléation du côté droit de deux premiers noyaux isolés, et ensuite ablation massive de trois noyaux.

On enlève ensuite l'isthme qui contient deux noyaux, et on détruit les adhérences existant entre ce qui reste de cette partie du corps thyroïde et l'arbre aérien.

La trachée tout à fait ramolie, aplatie dans le sens transversal ne paraît pas plus grosse que celle d'un enfant de 6 ans. Ces lésions nous expliquent les accidents respiratoires et leur simple amélioration après l'accouchement de la masse.

La destruction des brides existant entre l'isthme et la trachée permettra à cette dernière de se développer ultérieurement.

OBSERVATION XV

F..., âgé de 64 ans, entre le 21 janvier 1927 à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, pour dyspnée intense.

Depuis 4 mois il s'est aperçu de l'existence d'une légère tuméfaction devant son cou.

A l'examen on constate que le malade porte la tête en extension forcée et qu'il s'essouffle lorsqu'il parle. La région thyroïdienne est légèrement hypertrophiée. La palpation révèle l'existence d'une tuméfaction assez dure, non fluctuante, et suivant la locomotion du larynx pendant la déglutition. On se trouve en présence d'une hypertrophie du corps thyroïde avec un lobe droit volumineux.

L'auscultation des poumons révèle quelques râles sibilants.

Le soir une crise de dyspnée paroxystique éclate. Voix sifflante, cornage et tirage sus-sternal, cyanose de la face, langue oedématisée, angoisse extrême. Le malade meurt bientôt asphyxié.

Compte rendu de l'autopsie. — Après avoir constaté la dilatation des jugulaires antérieures, nous avons trouvé le sterno-cleido-hyoïdien et le sterno-chondro-thyroïdien bombant anormalement surtout du côté droit. Une incision le long du losange de la trachéotomie nous met en présence d'une poche kystique remplie d'un liquide filant poisseux, hémorragique, occupant les quatre premiers anneaux de la trachée et descendant à droite jusqu'au niveau de la sous-

clavière. La face postérieure de la poche adhérait intimement à l'arbre aérien. Celui-ci était déjeté à gauche, très aplati et présentait une concavité dirigée à droite.

Pathogénie de l'asphyxie. — La mort du malade a eu pour cause une brusque poussée d'hypersécrétion ou une hémorragie interstitielle survenue à l'intérieur du kyste thyroïdien.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Les deux termes de goitre dyspnéisant et de goitre asphyxiant représentent la même tumeur à une période différente de son évolution clinique.

II. — Non seulement le volume et le siège d'un goitre peuvent engendrer les accidents dyspnéiques qu'il détermine, mais encore et surtout sa nature et les complications survenant éventuellement au cours de son évolution. Certaines tumeurs très petites pourront causer des troubles respiratoires aussi sérieux que les goitres les plus volumineux.

III. — Le goitre asphyxiant n'étant qu'une modalité aiguë du goitre dyspnéisant chronique, ce dernier doit conduire au traitement d'exérèse. Son ablation constitue une opération de prévoyance.

IV. — L'accouchement de la masse thyro-goitreuse est le temps opératoire le plus important de l'intervention, car il met fin à la dyspnée menaçante et prévient l'apparition d'accidents asphyxiques tou-

jours possible, au cours de l'exérèse d'un goitre simplement dyspnéisant.

V. — Il est bon de détruire les adhérences existant entre ce qui reste de l'isthme thyroïdien et la trachée, pour permettre à celle-ci de se développer lorsque son calibre est réduit, et faire cesser définitivement les troubles respiratoires.

VI. — Le traitement à opposer au goitre asphyxiant doit être aussi celui de l'exérèse, en s'entourant de précautions qui assurent l'innocuité opératoire.

Vu : le Président de la thèse
P. SEBILEAU.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Augier (Daniel)*. — De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goître parenchymateux (Lyon, thèse médicale, 1892).
- Bérard*. — Goître suffocant chez l'enfant (Lyon Médical, 1905).
— Trois cas de goître suffocant chez l'adulte (Lyon Médical, 1900).
- Bonnet et Philippeaux*. — Leçons cliniques de Bonnet, communications aux sociétés savantes, et mémoires de Philippeaux (Gazette Médicale, Paris, 1851).
- Boursier (André)*. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde (Thèse d'agrégation. Paris, 1880).
- Carrel*. — Trois cas de goîtres avec troubles respiratoires (Lyon Médical, 1900).
- Chaboureau*. — Du goître suffocant et de la trachéotomie comme cure palliative de cette affection (Thèse Nancy, 1889).
- Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique*. — Article goître de Luton.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. — Article goître de Krishaber.
- Girod (Victor)*. — Contribution à l'étude du goître suffocant variété rétrosternale (Thèse Montpellier, 1889).
- Hartmann*. — Un cas d'exothyropexie pour un goître suffocant (Mercredi Médical, 1895).
- Jaboulay*. — Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde ; les différents goîtres.
— Goître suffocant ; mise en l'air, guérison des accidents ; atrophie du goître (Lyon Médical, 1905).
- Kocher*. — Archives de Langenbeck (1883).
- Laborde*. — Goître suffocant et tractions de la langue (Bulletin académique de Médecine, avril 1898).
- Lambert*. — Deux cas de goître suffocant (Echo Médical du Nord, Lille, 1905).

- Lenormant (Ch.)*. — Précis de pathologie chirurgicale.
- Malard*. — Etude clinique sur le goitre plongeant ou rétrosternal (Thèse Paris, 1879).
- Monod*. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie (Séance du 17 novembre 1880).
- Nicolas*. — Goitre suffocant, exothyropexie (Gazette des Hôpitaux de Toulouse, 1895).
- Raoult*. — Goitre suffocant suraigu ou strumeux (Société française de laryngologie, mai 1910).
- Goitre suffocant suraigu ou strumite suffocante suraiguë (Bulletin de laryngologie, 1910).
 - Goitre suffocant suraigu ou strumite suffocante suraiguë (Revue hebdomadaire de laryngologie, 1910).
- Raoult et Binet*. — Goitre suffocant aigu (Revue Médicale de l'Est, 1910).
- Reverdin (Jacques-Auguste)*. — Notes sur 22 opérations de goîtres.
- Rivière (Arthur)*. — Contribution à l'étude anatomique du corps thyroïde et des goîtres (Lyon, Thèse Médicale, 1893).
- Rose*. — Correspondant blatt für schweig. Aerzte 1877 et Archiv. für Klinich chirurgie, 1878).
- Sébileau (Pierre)*. — Ma technique de l'extirpation des goîtres (Paris médical, 1921).
- Sedillot*. — Résumé général de la clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Strasbourg (1841-1842). Leçons recueillies par A. Willemin.
- Terillon*. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie (1880).
- Thierry*. — Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles iodées dans le goitre parenchymateux. Thèse Paris, 1896.
- Villemin*. — Goitre volumineux suffocant (adénome congénital des vésicules ciliées du cou). Rapport de Félizet (Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon, 1905).

270. — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3-31.
